

# 診断書

様

明・大・昭・平 年 月 日生

病名

SAMPLE

上記の通り診断します。

診断日 年 月 日 記載日 年 月 日

明日来メディカルセンター病院

〒000-0000 東京都江東区辰巳0-00-0  
タツミビル1F

TEL 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

医師

印